

# Reflujo Gastroesofágico

El reflujo gastroesofágico (RGE) es un motivo de consulta sumamente frecuente. De un estudio reciente, llevado a cabo en nuestro país, el 23% de los encuestados refirieron síntomas típicos de reflujo (pirosis y/o regurgitación) al menos 1 vez por semana, y de éstos solamente el 29% consultan al médico (datos aún no publicados). Recientemente se han producido avances sustanciales en el conocimiento y el tratamiento de la enfermedad por RGE; sin embargo muchas veces la falta de investigación con las mejores estrategias, no permiten capitalizar estos avances.

Ante esta situación se llevo a cabo en Bélgica un Workshop sobre el manejo de la enfermedad por RGE.<sup>1</sup>

Resumiremos aquí la dinámica de trabajo y las conclusiones finales: Los contenidos del Workshop fueron divididos en cuatro grupos de discusión que culminaron en una votación por cada ítem. Posteriormente los ítems fueron a consideración en una sesión plenaria donde se exponían los tópicos y se votaba electrónicamente. Los participantes votaban por la elección que consideraban la mejor, independientemente del costo, excepto cuando los tópicos incluían consideraciones sobre costos.

En cada caso se consideró la naturaleza de la evidencia y el nivel de soporte sustentado con el voto (ver tabla 1). Los diferentes ítems fueron aceptados cuando más del 50% de los participantes votaban por las categorías de soporte A, B o C y la rechazaban cuando votaban por las categorías D o E.

Inicialmente se reportaron las consideraciones más relevantes de manejo de la enfermedad por RGE que surgieron del Workshop. Posteriormente el grupo convocante trasladó las conclusiones en estrategias clínicas de manejo en forma de algoritmo.

**Tabla 1**

CATEGORIA	NIVEL DE ACEPTACION
A	Aceptado completamente
B	Aceptado con alguna reserva
C	Aceptado con reservas mayores
D	Rechazado con reservas
E	Rechazado completamente

NIVEL DE LA EVIDENCIA	
A	Ensayos clínicos controlados bien diseñados
B	Estudios de cohorte o caso-control bien diseñados
C	Reportes de casos o ensayos clínicos imperfectos
D	Mi propia experiencia clínica
E	No hay suficientes evidencias disponibles para formar una opinión

A continuación revisaremos los puntos más importantes de esta guía, tomando como base las figuras en donde se observa claramente el diagrama propuesto.

## Consideraciones claves en el manejo del RGE

1. La enfermedad por RGE fue definida como la disrupción de la mucosa esofágica (esofagitis erosiva) o por la ocurrencia de síntomas lo suficientemente severos como para alterar la calidad de vida. (Aceptado B; Evidencia B).
2. La enfermedad por RGE es más probable que este presente cuando la pirosis ocurre 2 o más días a la semana por el impacto negativo que tiene sobre la calidad de vida (Aceptado B; Evidencia C).
3. La intensidad y la frecuencia de los síntomas inducidos por el RGE son pobres predictores de la presencia o severidad de la esofagitis. (Aceptado B, Evidencia B)
4. Los pacientes con RGE sin esofagitis fueron reconocidos como el sub-grupo más común (más del 50%) y la mayoría de estos pueden ser diagnosticados por un análisis sintomático bien estructurado (Aceptado B; Evidencia B).
5. La historia natural de las esofagitis leves y moderadas difieren ampliamente de las severas, las cuales representan formas recurren-

tes en más del 80% de los casos. (Aceptado B, Evidencia C)

6. Los pacientes con endoscopia negativa no progresan a esofagitis y el grado de esofagitis tampoco empeora en un seguimiento de 10 años. (Aceptado B, Evidencia C)

7. En los pacientes no tratados que se presentan con RGE en Atención Primaria la prevalencia de esofagitis severa con riesgos de complicaciones locales es menor al 5%. (Aceptado B, Evidencia B)

8. La demostración fluoroscópica de episodios de RGE cuando se realiza una seriada gastroduodenal no tiene valor para el diagnóstico de RGE. (Aceptado A, Evidencia B)

9. En pacientes sin síntomas de alarma con síntomas de RGE al menos dos veces por semana por al menos seis meses la realización de una endoscopia sería la mejor estrategia clínica (Aceptado B, Evidencia C). Sin embargo el grupo convocante no estuvo de acuerdo con este estamento proponiendo que la realización inicial de la misma o la opción por el tratamiento empírico debe depender de la disponibilidad del método y los costos.

10. El monitoreo endoscópico de rutina a largo plazo fue considerado inapropiado ya que el control sintomático es un indicador aceptable de la cicatrización de la esofagitis. (Aceptado B, Evidencia B)

11. La phmetría de 24 Hs. para el diagnóstico de RGE debe ser precedida por una endoscopia y un ensayo terapéutico con inhibidores de la bomba de protones (IBP). (Aceptado A, Evidencia C)

12. Los ensayos terapéuticos con IBP son muy sensibles para el diagnóstico de RGE cuando se usan dosis altas (por ej. : omeprazol 20 o 40 mgs dos veces por día). (Aceptado B, Evidencia B)

13. La efectividad de las terapéuticas disponibles tanto en forma inicial como largo término, serían aplicables a todos los sub-grupos de pacientes. (Aceptado B, Evidencia C)

14. Las medidas destinadas a corregir estilos de vida fueron juzgadas de ser de tan poca eficacia que fueron rechazadas como terapéutica primaria para todos los subgrupos de pacientes. (Aceptado A, Evidencia C)

15. Elevar la cabecera de la cama es una terapéutica ilógica en la mayoría de los pacientes ya que el reflujo mas frecuentemente es postprandial. Solo sería de utilidad en el RGE nocturno (Aceptado B, Evidencia B)

16. La terapéutica con IBP fue considerada el tratamiento médico inicial de elección debido a su eficacia, redundando en los mejores resultados al más bajo costo. (Aceptado B, Evidencia C)

17. Se reconoció que la mayoría de los pacientes requieren manejo a largo término y que por lo tanto en la terapéutica de mantenimiento, los IBP deberían utilizarse con la estrategia de escalera hacia abajo. Es decir encontrar la dosis más baja que logre los mejores resultados al más bajo costo. (Aceptado B, Evidencia C)

18. En los pacientes con endoscopia negativa comenzar con modificaciones en el estilo de vida o la administración de antiácidos no parece útil. (Rechazado B, Evidencia C)

19. La ganancia terapéutica con antagonistas de los receptores H2 en doble dosis es mínima o inexistente en relación a la dosis habitual. (Aceptado B, Evidencia A)

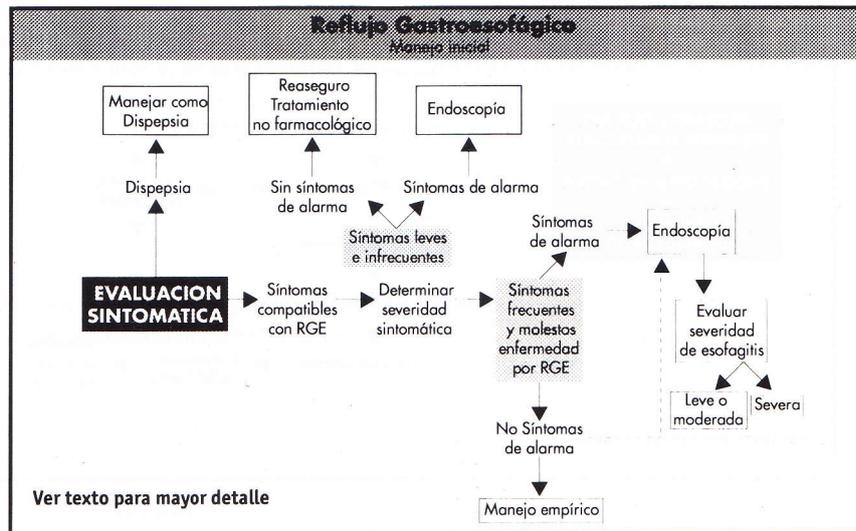
20. La terapéutica de mantenimiento con una combinación de antagonistas H2 más cisapride es mejor que con cualquiera de las dos drogas sola, aunque es menos efectiva que con un inhibidor de la bomba solo. (Aceptado A, Evidencia A)

21. La erradicación de *Helicobacter Pylori* no colabora en la cicatrización de la esofagitis ni previene recaídas de la enfermedad por RGE. (Aceptado A, Evidencia B).

22. La cirugía antireflujo laparoscópica fue reconocida como un avance terapéutico significativo, sin embargo los resultados dependen sustancialmente de la experiencia del cirujano. No hay en la actualidad estudios que comparen la costo-efectividad de la terapéutica médica con la quirúrgica. Por lo tanto la elección dependerá de la preferencia del paciente en el caso de contar con un grupo quirúrgico entrenado (Aceptado A; Evidencia B) .

En base a estos tópicos el Grupo convocante propone una serie de algoritmos que vemos a continuación.

Figura 1

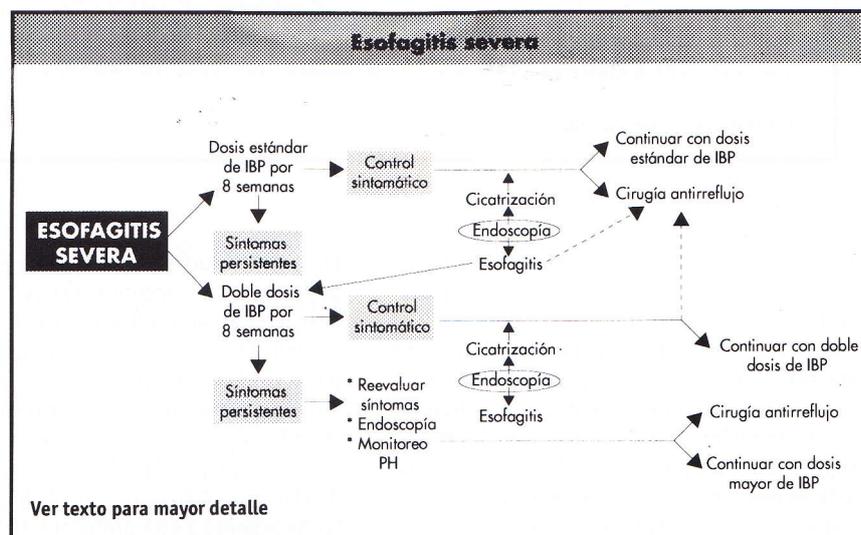


Se propone realizar inicialmente una evaluación sintomática de los pacientes (ver figura 1). En caso de presentar el paciente síntomas de dispepsia asociada con síntomas de reflujo, los autores no lo incluyen en este algoritmo ya que deberían manejarse como dispepsia. Se entiende por dispepsia el dolor o disconfort en el abdomen superior acompañado de saciedad precoz, eructos y distensión abdominal. (Criterios de Roma). Si los síntomas de reflujo están presentes, se debe determinar la severidad de los mismos. En caso de síntomas leves e infrecuentes sin síntomas de alarma la

sugerencia es reasegurar al paciente y no indicar drogas. En caso de estar presentes los síntomas de alarma se debe realizar una endoscopia. Se entiende por síntoma de alarma la pérdida de peso, disfagia, anemia o hematemesis. Si los síntomas de RGE son frecuentes (3 o más veces por semana) y se acompaña de síntoma de alarma, realizar una endoscopia pronta. Si el RGE no se acompaña de síntomas de alarma se puede optar por un manejo empírico con IBP en dosis altas o la realización de una endoscopia. Al realizar la misma es fundamental distinguir si no hay esofagitis o si se trata de una esofagitis leve, moderada o severa.

Actualización

Figura 2



La clasificación endoscópica habitualmente utilizada para la esofagitis es la de Savary-Miller, que determina 5 grados de esofagitis. El grado 1 es leve, el 2 moderada, 3 - 4 y 5 severas. Estas dos últimas son las que presentan complicaciones locales tales como estenosis, úlceras o esófago de Barrett. En el caso de tratarse de una esofagitis severa (ver figura 2) la recomendación es comenzar con dosis estándar de IBP por 8 semanas. Si los síntomas persisten duplicar la dosis

por 8 semanas (por ejemplo omeprazol 20 mg/día, pantoprazol 40 mg/día o lansoprazol 30 mg/día). Si los síntomas aún persisten, reevaluar y realizar nueva endoscopia y ph-metría de 24Hs. Por el contrario si los síntomas son controlados, realizar nueva endoscopia para verificar la cicatrización de la esofagitis (en caso negativo, aumentar la dosis IBP) y continuar con IBP en forma prolongada o eventualmente recurrir a la cirugía anti-reflujo.

Figura 3

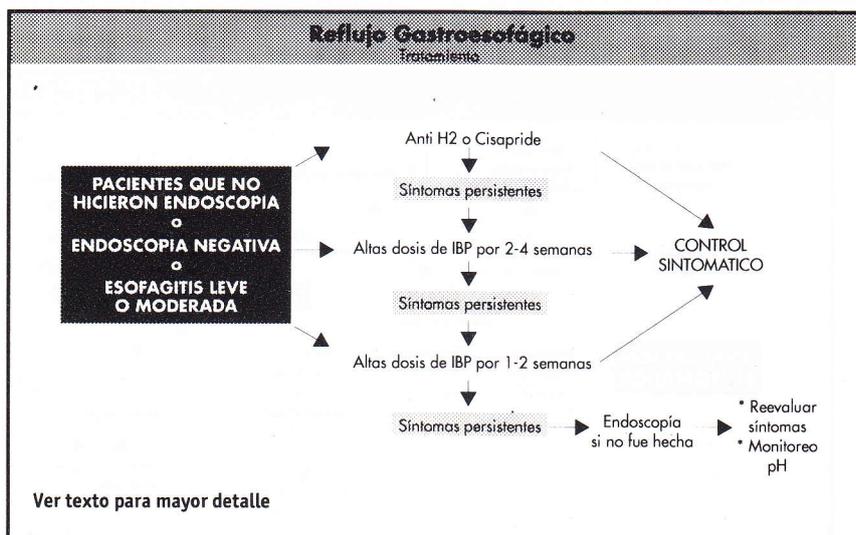
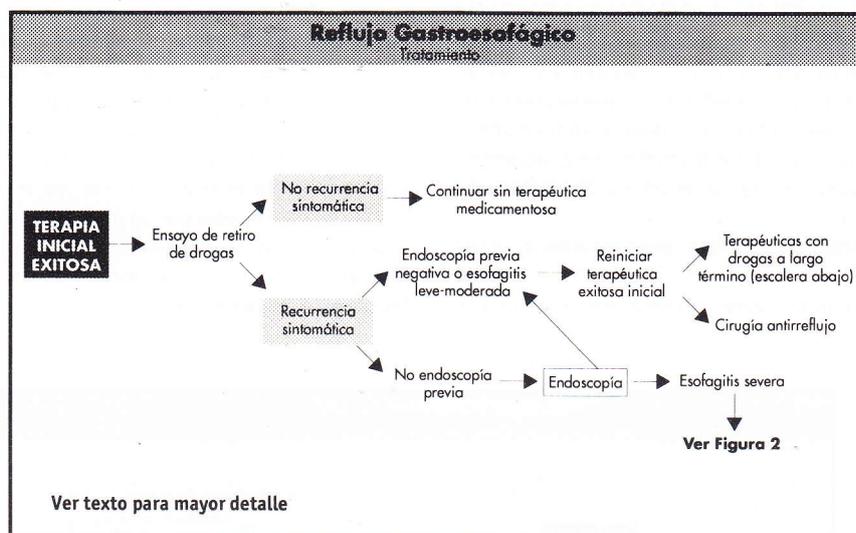


Figura 4



En los pacientes que no realizaron endoscopia, comenzando con un tratamiento empírico, o aquellos con esofagitis leves o moderadas (ver figura 3) la recomendación es comenzar con IBP en doble dosis por 2 a 4 semanas y en caso de persistencia de los síntomas aumentar la dosis durante una o dos semanas más. Si los síntomas aún persisten, realizar endoscopia; y si esta no fue hecha, reevaluar los síntomas y realizar phmetría de 24Hs. Por el contrario si los síntomas son controlados mantener los IBP por el tiempo antedicho y posteriormente comenzar con el ensayo de retirar las drogas (ver figura 4). Si al retirar la droga los síntomas no recurren, continuar sin terapéutica medicamentosa.

En caso de recurrencia sintomática y esofagitis leve y moderada, se debe restaurar la terapéutica inicial y luego de controlar los síntomas realizar la estrategia escalonada hacia abajo con los IBP con el objetivo de hacer una terapéutica a largo plazo con la menor dosis posible, u optar por la cirugía anti-reflujo.

Por el contrario en los casos de recurrencia sintomática en los cuales la endoscopia no fue realizada, esta se debe llevar a cabo. Si de la misma surge que el paciente presenta una esofagitis leve o moderada el manejo debe ser el antedicho y si la esofagitis es severa manejar de acuerdo a este protocolo. (figura 2).

**Dr. Jorge A. Olmos**

Servicio de Gastroenterología. Hospital Italiano de Buenos Aires

**Bibliografía recomendada**

1. J Dent, J Brun, AM Fendrick, et al. on behalf of the Genval Workshop Group. An evidence-based appraisal of reflux disease management. The Genval Workshop report. Gut 1999; 44 (suppl 2): S1 - S16
2. Ollyo J, Munnier P, Fontoliet C et al. The natural history, prevalence and incidence of reflux oesophagitis. Gullet 1993; 3 (suppl): 3-10
3. Kuster E, Ros E, Toledo-Pimentel V. Et al. Predictive factors on the long term outcome in gastro-oesophageal reflux disease.: Six year follow up of 107 patients.
4. Glise H. Quality of life and cost of therapy in reflux disease. Scan J Gastroenterol 1995; 30 (suppl 210): 38-42
5. Lind T, Havelund T., Glise H. Et al. Omeprazole improves quality of life in patients with endoscopy negative reflux disease. (abstract) Gastroenterology 1995, 108 (suppl 4) : A 151